

## *Antimigraine Agents, Vyepti® (Eptinezumab-jmmr) Prior Authorization (PA) Form*

HealthKeepers, Inc. | Anthem HealthKeepers Plus Medicaid products

If the following information is not complete, correct, or legible, the PA process can be delayed. Please use one form per member.

### Member Information

Last name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

First name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medicaid ID number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of birth:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Weight in kilograms: \_\_\_\_\_

### Prescriber information

Last name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

First name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NPI number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Phone number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Drug information

Drug name:

\_\_\_\_\_

Drug form:

\_\_\_\_\_

Drug strength:

\_\_\_\_\_

Dosing frequency:

\_\_\_\_\_

Length of  
therapy:

\_\_\_\_\_

Quantity:

\_\_\_\_\_

(Form continued next page.)



Member's first name:

[illegible]

- For renewal, complete the following questions to receive a 12-month approval:

- Prescriber signature (required)

Date \_\_\_\_\_

The completed form may be **faxed to 844-512-7020**.